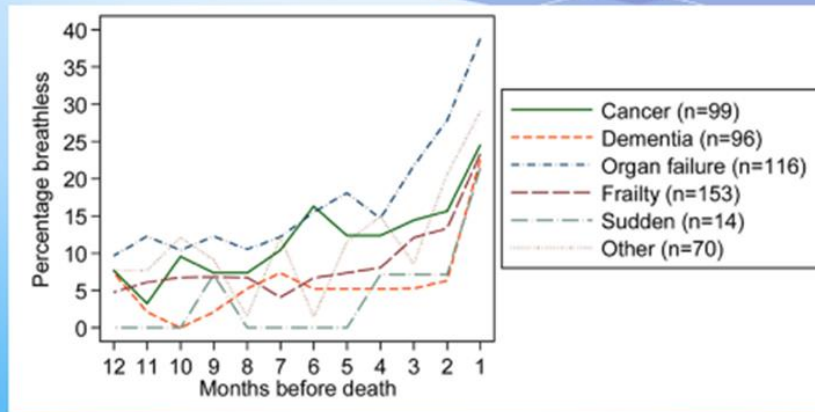


# Hengenahdistus palliatiivisessa ja saattohoitovaiheessa

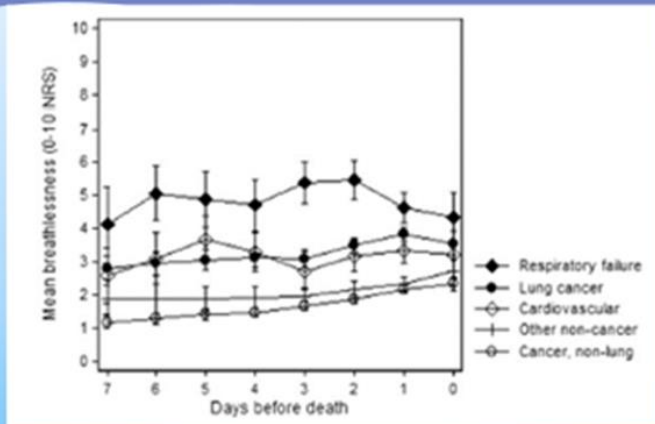
Hengenahdistus on yleistä monien sairauksien loppuvaiheessa (kuva 1 ja 2). Hengenahdistuksen syyt ovat moninaisia (taulukko 1) ja ne on tärkeä selvittää, jotta potilasta voidaan auttaa parhaalla mahdollisella tavalla.

## Elämänlaatua rajoittava hengenahdistus viimeisen elinvuoden aikana



**Kuva 1.** Elämänlaatua rajoittavan hengenahdistuksen (vähintään puoli päivää vuoteenomana tai rajoittaa tavanomaisia päivittäisiä toimintoja) esiintyvyys eri kuolinsyyryhmissä viimeisen elinvuoden aikana. (Johnson ym. 2016)

## Hengenahdistuksen voimakkuus viimeisen elinviikon aikana



**Kuva 2.** Hengenahdistuksen voimakkuus asteikolla 0-10 viimeisen elinviikon aikana viidessä tautiryhmässä (Ekström ym. 2016).



## Hengenahdistuksen syitä saattohoitopotilaalla

- \* hengitystieobstruktio (COPD, ahtaava tuumori)
- \* hengitystilavuuden pieneneminen (pleuraneste, tuumorikompressio, askites, keuhkoleikkauksen jälkitila)
- \* keuhkokudoksen ongelma (esim. fibroosi, sädereaktio, keuhkoödeema, keuhkokuume)
- \* verenkierron ongelma (esim. keuhkoveritulppa, sydämen vajaatoiminta, yläonttolaskimon ahtauma)
- \* hengitysilhasheikkous (esim. ALS, kakeksia, väsymysoireyhtymä)
- \* psyykkiset tekijät (esim. ahdistuneisuus, hyperventilaatio)
- \* anemia
- \* rytmihäiriöt
- \* hapenpuute
- \* hypokapnia (hyperventilointi)

**Taulukko 1.** Hengenahdistuksen syitä saattohoitovaiheessa.

Systemaattisen katsauksen mukaan hengenahdistus on yleistä palliativisessa vaiheessa: syöpäpotilailla esiintyvyys oli 16 - 77 %, COPD:ssa 56 - 98 %, kroonisessa sydämen vajaatoiminnassa 18 - 88 %, loppuvaiheen munuaisten vajaatoiminnassa 11 - 82 %, dementiassa 12 - 51 %, AIDS:ssa 43 - 62 %, motoneu-ronitaudissa 81 - 88 %, MS - taudissa 26 % (Moens ym. 2014). Syöpä- ja COPD-potilaiden oire-kuorma on varsin samanlainen; syöpäpotilailla on enemmän kipuja, COPD-potilailla enemmän hengenahdistusta ja yleisvointi selvästi huonompi kuin syöpäpotilailla (taulukko 2).

Oire	Syöpä	COPD
<b>Uupumus, väsymys, voimattomuus</b>	23 - 100 %	32 - 96 %
<b>Ruokahaluttomuus</b>	76 - 95 %	64 - 67 %
<b>Kipu</b>	30 - 94 %	21 - 77 %
<b>Pahoinvointi, oksentelu</b>	2 - 78 %	4 %
<b>Hengenahdistus</b>	16 - 77 %	56 - 98 %
<b>Uniongelmat</b>	3 - 67 %	15 - 77 %
<b>Sekavuus, kognitiiviset oireet</b>	2 - 68 %	14 - 33 %
<b>Ummetus</b>	4 - 64 %	12 - 44 %
<b>Masennusoireet</b>	4 - 80 %	17 - 77 %
<b>Ahdistuneisuus</b>	3 - 74 %	23 - 53 %
<b>Huolestuneisuus</b>	3 - 71 %	65 %
<b>Yleinen hyvinvointi</b>	91 %	14 %

**Taulukko 2.** Hengenahdistuksen ja muiden oireiden palliativisen vaiheen esiintyvyys syöpä- ja COPD-potilailla (Moens ym. 2014).

Tavanomaisia päivittäisiä toimintoja rajoittava tai vuoteen omaksi ainakin puoli päivää johtava vaikea hengenahdistus on yhteydessä ahdistuneisuuteen, masennukseen ja vähäisempään liikkeellä oloon (Johnson ym. 2016). Vaikea hengenahdistus johtaakin helposti noidankehään (kuva 3).



**Kuva 3.** Hengenahdistuksen noidankehä (Spathis ym. 2017)

Univaje alentaa kipukynnystä ja vaikeuttaa hengenahdistusta ja toisaalta kipu ja hengenahdistus heikentävät unta (kuva 4). Hengenahdistusta ei tule aliarvioida: se on yhtä tuskallista kuin kipu (von Leupoldt ym.2009); potilaat kuvaavatkin sitä toisinaan myös hengenahdistuksen kipuna. Voimakas hengenahdistus laukaisee usein tukehtumisen ja kuoleman pelon. Pelko on niin voimakas, että potilas ei yleensä uskalla sitä edes ääneen sanoa ellei sitä häneltä nimenomaan kysytä (taulukko 3).



**Kuva 4.** Univajeen, kivun ja hengenahdistuksen noidankehä.

## Mitä hengenahdistus merkitsee?

- \* Hengenahdistus on yhtä hankala oire kuin kipu
- \* Hengenahdistus – tukehtumisen pelko – kuoleman pelko
- \* Kysy tukehtumisen pelosta
- \* Jos tukehtuminen todennäköistä
  - \* vastaa rehellisesti
  - \* kerro samalla, mitä voidaan kuitenkin tehdä potilaan auttamiseksi (stentit, palliatiivinen sedaatio...)

**Taulukko 3.** Hengenahdistukseen liittyy usein tukehtumis-kuoleman pelkoa.

Olisi hyvä systemaattisesti miettiä, mistä pitkälle edennyttä kuolemaan johtavaa sairautta sairastava potilaan hengenahdistus johtuu. Tulee myös muistaa, että henkinen ahdistus voi olla myös terve ja välttämätönkin reaktio, jotta potilas pystyy elämäntilannettaan prosessoimaan ja toivottavasti saavuttamaan uuden tyydyttävän tasapainotilan, vaikka tauti eteneekin. Läheisten ja ammattialaisten tuki käytännön asioiden järjestelyssä ja potilaan psykososiaalisessa tukemisessa sen eri aspektit huomioon ottaen on oleellisen tärkeää. (Taulukko 4). Käypä hoito-suositus (Kuolevan potilaan oireiden hoito) ja suomalainen oppikirja tarjoavat käyttökelpoisia ohjeita myös palliatiivisen ja saattovaiheen hengenahdistuksen hoitoon (Saarto ym. 2015).



## Saattohoitopotilaan hengenahdistuksen hoidon tarkistuslista

- \* **Kuuntele, kysy, kosketa – ole läsnä!**
- \* Miten hengityksen, ajatusten ja toiminnan noidankehä pahentavat potilaan tilaa ja mihin voit vaikuttaa?
- \* Mikä on potilaan käsitys hengenahdistuksen syistä ja seurauksista?
- \* Onko potilaalla tukehtumisen tai kuoleman pelkoa?
- \* Onko potilas ahdistunut – kuuluuko hänen ollakin?
- \* Mieliala?
- \* Katastrofointi, panikointi?
- \* Mitkä asiat potilaan mielestä helpottavat hänen hengenahdistustaan?
- \* Hengenahdistusasteikko
- \* Poista/lievitä hengenahdistusta pahentavia hoidettavissa olevia syitä (asento, kuume, limaisuus, kipu, uni, pelko, pleuraneste, ym.)
- \* Hengenahdistuksen spesifinen hoito (lääkkeet, happi, tuuletin, 2PV)
- \* Kerro hengenahdistuksen hoitokeinoista, myös palliatiivisesta sedaatiosta
- \* Ota läheiset huomioon

**Taulukko 4.** Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hengenahdistuksen syiden tarkistuslistasta voi olla apua hoidon optimoinnissa.



## **Kirjallisuutta**

- Ekström M, Allingham SF, Eagar K, Yates P, Johnson C, Currow DC. Breathlessness during the last week of life in palliative care: an Australian prospective, longitudinal study. *Pain Symptom Manage* 2016;51:816-23.
- Johnson MJ, Bland JM, Gahbauer EA, Ekström M, Sinnarajah A, Gill TM, Currow DC. Breathlessness in elderly adults during the last year of life sufficient to restrict activity: prevalence, pattern, and associated factors. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:73-80.
- von Leupoldt A, Sommer T, Kegat S, Baumann HJ, Klose H, Dahme B, Büchel C. Dyspnea and pain share emotion-related brain network. *Neuroimage*. 2009;48:200-6.
- Moens K, Higginson IJ, Harding R; EURO IMPACT. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2014;48:660-77.
- Saarto T, Hänninen J, Antikainen R, Vainio A (toim.). *Palliativinen hoito*. 3. painos, Duodecim 2015
- Spathis A, Booth S, Moffat C, Hurst R, Ryan R, Chin C, Burkin J. The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017 Apr 21;27(1):27.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. *Kuolevan potilaan oireiden hoito*. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50063.pdf>

Tarja Saaresranta 22.9.2017